

Физиология и патология менопаузы.

В.И.Дуда

Менопауза - остановка или прекращение менструаций у женщин в возрасте 45-55 лет, являющаяся естественным генетически детерминированным физиологическим процессом. Во все времена возраст наступления менопаузы оставался неизменным и независимым от географических и климатических условий, расовой принадлежности и других факторов. Менопауза возникает после предшествующих изменений в организме в течение предменопаузального периода, который в норме продолжается до 1-2 лет. После менопаузы наступает постменопаузальный период, продолжающийся до конца жизни женщины. Условно его можно разделить на ранний (5-10 лет) и поздний. Основные перестроечные изменения в организме совершаются в течение 1-2 лет до и после менопаузы, в так называемый перименопаузальный или переходный период. Часто перименопаузальный период называют климактерическим.

Следует различать естественную (физиологическую) менопаузу и искусственную, индуцированную кастрацией - удалением яичников хирургическим или лучевым методами.

1. Физиологический перименопаузальный период.

Физиологический перименопаузальный период является особым переходным состоянием женщины, которое характеризуется комплексом возрастных изменений во всем организме: физиологических и патоморфологических во всех органах и системах, а также психо-неврологических.

Предменопаузальный период в большей степени можно охарактеризовать как переходное состояние женщины от репродуктивного возраста к бесплодию.

Гормональные нарушения в предменопаузальном периоде сопровождаются структурными изменениями в яичниках: ускоряется процесс гибели ооцитов и атрезии примордиальных фолликулов.

Менопаузальный цикл нарушается за счет недостаточности лютеиновой фазы, отсутствия овуляторного выброса ЛГ и ФСГ, последующего развития ановуляции.

В эндометрии могут иметь место различные процессы: от атрофических до гиперпластических с развитием железисто-кистозной гиперплазии и даже очаговых (полипозных) изменений.

2. Патология перименопаузального периода

(климактерический синдром).

В литературе существует большое количество названий и определений как физиологического, так и патологического течения перименопаузального периода.

Понятия "климакс", "климактерический период" в прошлом широко использовались и в целом обозначали переходный возраст женщины. А отдельные авторы в них включали только предменопаузальный период (Е.И.Кватер, 1967). В последующем все же утвердилось мнение, что эти понятия отражают переходный возраст женщины, включающий предменопаузальный период, менопаузу и первые годы постменопаузального периода. В зарубежной литературе термины "климакс" и "климактерический период - возраст" встречаются редко.

Климактерический синдром (КС) встречается у 20-40% женщин, причем чаще (30-45%) и тяжелее он протекает у жительниц городов по сравнению с женщинами сельской местности (20-25%).

Причин патологического течения перименопаузы отмечается множество, их можно объединить в следующие группы: социально-экономические, бытовые и семейные трудности; нейропсихические стрессовые ситуации; генитальная патология; экстрагенитальные заболевания; обменные нарушения; сочетания ряда факторов. Важная роль в развитии КС отводится наследственным и внешнесредовым факторам. Патогенез также неоднозначен. Начало заболевания связывается то ли с первичными нарушениями стероидогенеза и волнообразными уровнями эстрогенных соединений, то ли с первичной патологией в гипоталамусе или гипофизе, приводящей к дисинхронозу продукции и выброса РФ-гормонов с повышенным уровнем гонадотропных гормонов. Соматическая патология также может быть следствием КС или предшествовать ему. Во всех случаях будут иметь место обменные нарушения.

Нарушается соответственно и реакция периферических эндокринных органов. Повышаются уровни кортизола, альдостерона и тестостерона, секретирующиеся надпочечниками, а также увеличивается уровень Т₃ при сохранении прежней Т₄. Нарушения синтеза и ритмичного выброса люлиберина, фолиберина, кортиколиберина, тиролиберина и других нейропептидных гормонов, а также нейромедиаторов вызывают не только функциональные изменения периферических звеньев эндокринной системы, но и нарушают деятельность сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевой систем, а также эмоционально-поведенческие реакции и систему терморегуляции.

Важнейшим интегрированным симптомом всех изложенных нарушений при КС являются так называемые "приливы".

Клиническая картина патологии перименопаузального периода характеризуется полиморфностью симптомов, которые можно объединить по группам: обменно-эндокринные, нейровегетативные и психоэмоциональные. Выделяют группу так называемых специфических симптомов КС, которые бывают ранние и поздние с объективными и субъективными проявлениями. По превалированию тех или других симптомов, вовлеченности в процесс поражения

различных органов и систем различают типичную, атипичную и осложненную формы КС. Встречается легкая, средняя и тяжелая формы КС.

К обменно-эндокринным нарушениям относятся: изменения функции периферических эндокринных органов (яичников, надпочечников, щитовидной железы); ожирение; сахарный диабет (ИНСД тип II); изменения в половых органах, преимущественно атрофического и гипотрофического характера; боли в мышцах и суставах; дисфункциональные маточные кровотечения в предменопаузальном периоде с различными гиперпластическими процессами эндометрия; повышение свертываемости крови, гормональные нарушения в периферических эндокринных железах, чаще индуцированные патологией секреции и ритмичного выброса гормонов гипоталамуса и гипофиза вследствие изменений в центральных структурах, нейротрансмиттерных и внутримозговых опиоидных

Из множества нейровегетативных симптомов КС наиболее характерным являются: "приливы" жара к голове и верхней части туловища, понижение или повышение АД, приступы тахикардии, симпато-адреналовые кризы, головная боль, термоллабильность, ознобы, измененный дермографизм, сухость кожи и чувство ползания мурашек, кризовое течение гипертонической болезни и коронарной недостаточности.

Психоэмоциональные расстройства проявляются повышенной раздражительностью, снижением работоспособности, утомляемостью, плаксивостью, навязчивыми мыслями и идеями, рассеянностью, ослаблением памяти, ощущением страха и тревоги, нарушениями сна, снижением аппетита.

Степень тяжести КС может определяться различными методами. Наиболее просто это оценить по частоте "приливов": до 10 " - легкая форма КС; 11-20 - средняя и свыше 20 "приливов" - тяжелая форма КС (Е.М.Вихляева, 1970). Возможна оценка степени выраженности КС по баллам по менопаузальному индексу Куппермана в модификации Е.В.Уваровой (1982). При этом каждый симптом из трех групп в зависимости от степени его выраженности оценивается в баллах - от 0 до 3. Выраженность нейровегетативных симптомов до 10 баллов характеризует физиологическое течение перименопаузального периода, 11-20 - легкую степень КС, 21-30 - среднюю степень и более 30 баллов характеризует тяжелую степень КС.

Обменно-эндокринные и психоэмоциональные нарушения оцениваются однотипно: 1-7 баллов - легкие нарушения, 8-14 - средние, более 14 баллов - тяжелая форма КС. Наиболее частые симптомы КС: "приливы" (90,7%), гипергидроз (81%), лабильность АД (55,7%), головная боль (48,3%), нарушение сна (28,6%), раздражительность и депрессия (26,2%), снижение памяти, головокружения, головные боли, депрессивные состояния. При КС у больных выделяют специфические ранние и поздние симптомы. К ранним относятся вазомоторные реакции (приливы),

осложнения со стороны мочевыводящих путей и половых органов. Приливы характеризуются периодически возникающей вазодилатацией с последующей вазоконстрикцией сосудов. Отмечается прямая корреляционная зависимость между волнообразным выбросом ЛГ и возникновением "приливов", а также с параллельным повышением температуры кожи. В связи с этим предполагается, что центры управления выброса ЛГ и терморегуляции находятся в тесной топографической близости и поэтому центральные механизмы индуцируют одновременно оба процесса. Клиническая характеристика "приливов" изложена ранее.

К поздним специфическим симптомам КС относятся изменения со стороны костной и сердечно-сосудистой систем.

Лечение патологии перименопаузального периода проводится в три этапа. Выбор методов и средств терапии зависит от особенностей патогенеза, клинической формы, тяжести и длительности заболевания с учетом возраста и периода (пред- и постменопаузальный). Особое внимание уделяется экстрагенитальным заболеваниям, сочетающимся с КС.

На первом этапе лечения следует объяснить женщине в доверительной беседе о сущности тех изменений в организме, которые имеют место в переходный (перименопаузальный) период. Регулирование труда и отдыха, умственных и физических нагрузок, правильная диета, гимнастика и прогулки утром и вечером, наряду с использованием природных и преформированных факторов, необходимо рекомендовать всем больным с КС.

Талассотерапия является весьма эффективной эффективной в лечении КС. Из преформированных факторов эффективными считаются анодическая гальванизация головного мозга (по 10-20 сеансов), центральная электроанальгезия с фронтомастоидальным расположением электродов (по 30- 50 мин 8-10 сеансов), синусоидальные модулированные токи с помощью влагалищных электродов, особенно при дизурических явлениях и цисталгиях.

На втором этапе, наряду с мероприятиями первого этапа, используются фармакологические средства, способствующие нормализации функционального состояния ЦНС и вегетативной нервной системы и коррекции нарушений ЭКГ при кислородном голодании.

Третий этап предусматривает использование гормональных средств дополнительно к выше перечисленным методам.

Применяются эстрогенные соединения в циклическом (эстрогены затем гестагены, постоянно по 21 дню с 5-7 дневными перерывами) и прерывистом (курсами по 1-3 месяца с 2-3 месячными перерывами) режимах. Возможно назначение эстрогенов при искусственной и естественной менопаузе в раннем возрасте (до 40-45

лет), тяжелом течении КС, проявлении симптомов коронарной болезни и остеопороза при КС.

Лечение остеопороза включает обязательное использование негормональных и гормональных средств. Очень важно применять сочетание физических упражнений, различных природных и преформированных факторов (аэротерапия, водные процедуры, электроанальгезия, психотерапия), исключить вредные привычки (курение, алкоголь, кофе). Показано применение препаратов кальция или продуктов с богатым содержанием кальция (молоко, творог), витамина Д. Продолжительное применение эстрогенов с целью профилактики и лечения поздних осложнений КС должно проводиться с учетом особенностей фармакокинетики различных их форм. Эстрогены животного происхождения являются стероидами, которые нерастворимы в воде, но хорошо растворяются в спирте или масле. Следовательно, их вводят парентерально или в модифицированных вариантах внутрь. В растениях содержатся нестероидные эстрогены, хорошо растворимые в воде, и их можно использовать перорально без химической модификации. Большинство побочных эффектов связано с метаболизмом стероидов. Их выраженность зависит от типа препарата, его дозировки, продолжительности применения и индивидуальных особенностей больных.

Для продолжительного применения в постменопаузальном периоде рекомендуются препараты, содержащие эстриол-сукцинат (по 2 мг в день) и более эффективен эстрадиол-валерат (по 2 мг/день), особенно в виде двухфазных препаратов с прогестинами (дивитрен, климонорм, климен и др.).

Применение андрогенов в терапии КС в последнее время существенно изменилось. Учитывая их вирилизующий эффект, можно согласиться с мнением, согласно которому частота их использования, должна быть существенно снижена. Из андрогенных препаратов широко известны тестостерон-пропионат - эндогенный мужской половой гормон, вырабатываемый в мужских половых железах и его и его синтетический аналог - метилтестостерон. Тестостерона пропионат, вводится парентерально (1% -раствор 1 мл 1 раз в сутки) или в виде депо-препаратов (тестенат 10% - раствора 1 мл 1 раз в 15 дней, сустанон-250, омнодрен-250 и др.). Метилтестостерон используется в таблетках по 0,005 внутрь 2-3 раза в день. Андрогенные препараты могут назначаться с целью снижения функции яичников (тестостерон пропионат в дозе 300-350 мг, метилтестостерон - 1,0-1,5 г на полный курс 3-5 месяцев) или полного подавления менструальной функции (450-500 мг тестостерон пропионата или 2,0-2,5 г метилтестостерона на полный курс лечения 3-5 месяцев). В своей практике мы очень редко прибегаем к назначению андрогенов в лечении КС.

Следует отметить также хирургические методы лечения КС. К ним можно отнести пластические операции при опущениях и выпадениях половых органов, особенно при наличии дизурических явлений.

Д и с п а н с е р и з а ц и я больных с КС предусматривает периодическое обследование как общеклинического плана (оценка гемодинамических показателей, клинических и биохимических показателей крови и др.), так и с использованием вспомогательных методов исследования (УЗИ, кольпоцитология, исследование молочных желез, гистероскопия и др.). Профилактика КС должна начинаться до начала переходного периода с использованием психотерапии, ЛФК, оптимизации режима труда и отдыха, использования природных физиотерапевтических факторов, диетотерапии.